

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 57

ÉTUDE DE DEUX OBSERVATIONS
DE
PSEUDO-PARALYSIE DE PARROT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1921

PAR

PLA (Paul-Léon-Louis)

Né à Montpellier, le 24 décembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ GILIS, Professeur, *Président*.
ESTOR, Professeur.
LEENHARDT, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

ÉTUDE DE DEUX OBSERVATIONS
DE
PSEUDO-PARALYSIE DE PARROT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 57

ÉTUDE DE DEUX OBSERVATIONS DE PSEUDO-PARALYSIE DE PARROT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1921

PAR

PLA (Paul-Léon-Louis)

Né à Montpellier, le 24 décembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ GILIS, Professeur, *Président*.
ESTOR, Professeur.
LEENHARDT, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (II.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEIL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Accouchements	GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
Histologie	GRYNFELTT.	Histoire natur.	MESTREZAT.
			PECH.
		Chimie	
		Physique	

Examineurs de la thèse :

MM. GILIS, *profes^r, président*.
ESTOR, *professeur*.

MM. LEENHARDT, *agrégé*.
ETIENNE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE LIEUTENANT JEAN PLA

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Tué à la tête de sa compagnie
le 19 décembre 1914 dans les tran-
chées d'Hollebecke (Belgique).*

A MON PÈRE
LE PROFESSEUR PLA

AGRÉGÉ DE L'UNIVERSITÉ

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE, MON NEVEU, MES NIÈCES

A MON PARRAIN
LE DOCTEUR P. CARTADE

MEIS ET AMICIS

P. PLA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÈGE ETIENNE

A TOUS MES MAÎTRES

P. PLA.

AVANT-PROPOS

En tête de ces quelques pages, destinées à terminer notre scolarité, nous voulons dire tout d'abord notre reconnaissance envers les bons maîtres que nous avons rencontrés à la Faculté et dans les cliniques des hôpitaux. Précieux nous fut leur enseignement et à l'occasion pleine fut leur indulgence.

Nous remercions M. le professeur Gilis du grand honneur qu'il nous fait en venant présider notre jury de thèse. Mais nous lui devons plus encore... Pendant toute la durée de nos études, bien avant celles-ci même, il nous a prodigué avec une bienveillance et une sollicitude vraiment paternelles ses soins, ses encouragements, ses conseils ; nous sommes heureux de pouvoir lui redire aujourd'hui toute notre gratitude.

Nous devons le sujet de cette thèse à M. le professeur agrégé Etienne, qui nous a obligeamment aidé dans ce travail. Nous avons été son aide par les hasards de la mobilisation dans les hôpitaux de Nîmes ; pendant quelques mois trop courts nous avons eu ainsi l'avantage de son enseignement auquel est veu s'ajouter une amitié qui nous est précieuse. Aussi nous ne savons pour qui,

VIII

du maître ou de l'ami, nous avons le plus de reconnaissance et de sympathie.

Nous terminerons ces lignes par un sentiment affectueux à l'adresse de tous nos bons camarades de la Faculté de médecine de Montpellier, sans oublier ceux que nous avons connus aux Armées. Parmi ces derniers, il en est un dont le souvenir nous est particulièrement cher : pendant une dizaine de mois de tranchées au Chemin des Dames sa bonne amitié fut pour nous le meilleur des réconforts alors que nous étions dans le même bataillon d'infanterie, nous voulons nommer le docteur Engelhard, interne des hôpitaux de Paris.

ETUDE DE DEUX OBSERVATIONS DE PSEUDO - PARALYSIE DE PARROT

INTRODUCTION

Parmi les multiples manifestations osseuses de la syphilis héréditaire il en est une parfois difficile à dépister à cause de son apparition chez les très jeunes et souvent aussi à cause de son peu de symptômes : c'est la maladie décrite par Parrot en 1872 sous le nom de « Pseudo-paralysie ». On l'appelle encore « Disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques », mais cette deuxième appellation paraît correspondre de préférence aux formes plus avancées, plus accentuées.

M. le professeur agrégé Etienne a bien voulu nous communiquer deux cas intéressants dont les observations ont été choisies par nous comme sujet de cette thèse.

Il n'est pas dans nos intentions de faire une revue générale de cette affection ; ce serait une œuvre de compilation trop vaste et peut-être sans grand intérêt. Nous préférons soumettre à l'appréciation de notre jury un travail d'envergure bien plus modeste : il contiendra uniquement des faits précis et exclusivement des considérations basées sur les deux cas observés ; après avoir donné les observations, nous en étudierons le tableau clinique et le diagnostic.

OBSERVATIONS

A) PREMIÈRE OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Etienne)

X..., âgé de trois mois, est vu par nous le 8 janvier 1914 pour une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit.

INTERROGATOIRE. — *Début* : Il remonte à 10 jours environ mais ne peut être précisé d'une façon absolue. L'attention des parents a été attirée par l'impotence fonctionnelle. L'enfant étant tenu verticalement par les aisselles, le membre reste pendant le long du corps : il est en légère flexion de l'avant-bras sur le bras ; les essais de mobilisation font pousser des cris au petit malade.

Antécédents : Nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents paternels et maternels, l'interrogatoire étant rendu difficile par la présence simultanée du père et de la mère. L'enfant résulte d'une première grossesse ; avant celle-ci il n'y a pas eu d'avortement ni d'accouchement prématuré. La naissance a eu lieu 15 jours avant terme.

EXAMEN. — *Inspection* : On constate que l'épaule droite paraît être légèrement plus volumineuse que l'épaule gauche. La peau présente un aspect normal ; les masses musculaires sont intactes ; les clavicules, les omoplates ne présentent rien d'anormal, du moins dans leurs parties accessibles ; les parties molles et osseuses de la main et de l'avant-bras ne présentent rien de particulier ; la mobilité passive et active de la main, du poignet, de l'avant-bras est conservée mais s'exerce dans des limites telles que l'articulation de l'épaule reste toujours immobile.

Palpation : A l'extrémité supérieure de l'humérus, plus exactement en un point qui correspond à la partie haute du col chirurgical, on constate une augmentation de volume ; à cet endroit la pression est douloureuse. La mobilisation de l'articulation de l'épaule fait souffrir l'enfant : il crie.

RADIOGRAPHIE. — Elle est déjà faite, mais d'un seul côté malheureusement et ne nous montre rien de bien spécial, ce qui n'est pas étonnant vu la structure de la région à cet âge.

DIAGNOSTIC. — Avons-nous affaire à une lésion traumatique ? La réponse de l'entourage, formellement négative, permet d'écarter, autant que faire se peut, tout accident avoué. D'ailleurs des lésions traumatiques possibles (contusion, fracture, décollement épiphysaire, luxation), l'examen et l'âge du sujet font rejeter d'emblée les dernières. Seule pourrait être retenue l'hypothèse de fracture incomplète si les commémoratifs ne permettaient de l'écarter. Reste donc le diagnostic de lésion organique et plus probablement de lésion syphilitique héréditaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, reproduisant la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot.

EXAMEN DE LABORATOIRE. — Il n'a pas été fait de réaction de Wassermann.

TRAITEMENT. — Une friction quotidienne à la pommade au calomel fait régresser les symptômes; à la vingtième friction, c'est-à-dire au vingtième jour, le bras a repris son aspect normal et sa fonction normale.

Depuis lors l'enfant est perdu de vue.

B) DEUXIÈME OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Etienne)

X..., âgé de quatre mois, est vu par nous pour la première fois le 20 novembre 1920. Trois ou quatre jours auparavant la grand'mère remarquait que l'enfant ne remuait pas la jambe gauche. La veille, la mère s'apercevait que le genou gauche avait augmenté de volume. Le petit malade criait quand on lui mettait le bas et ne dormait pas.

INTERROGATOIRE. — Né à terme en présentation de la face, après avoir été mis à l'allaitement maternel pendant les deux premiers mois, il est nourri artificiellement depuis; il prend au biberon du lait de chèvre. Il n'a pas de température, il ne vomit pas, ses selles sont normales; quelques coryzas nous sont signalés. Cet enfant est le produit d'une première grossesse sans incidents et dont les suites de couches ont été normales. Nous n'obtenons aucun renseignement sur les antécédents paternels et maternels, l'interrogatoire étant rendu mal aisé par la présence simultanée de la mère et du père. Ce dernier, invité à revenir seul, n'a plus reparu. Quant

à la mère, nous n'avons aucun indice pouvant faire penser à la spécificité.

EXAMEN. — L'aspect général de l'enfant est florissant. Il présente bien un peu d'inflammation fessière, due peut-être à une alimentation exagérée, mais sans aucun caractère de spécificité. Les seules lésions constatables sont celles qui ont motivé la visite. La jambe gauche, en demi-flexion sur la cuisse, reste absolument immobile. Les doigts de pied ont conservé leurs mouvements actifs et passifs. Le genou gauche est augmenté de volume : cette augmentation porte sur l'extrémité inférieure du fémur et plus exactement sur la région juxta-épiphysaire. La circonférence de ce côté est de 21 cent., alors que le côté sain nous donne 18 cent.

Nous ne trouvons pas d'épanchement dans l'articulation du genou, mais tout essai de mobilisation est douloureux.

DIAGNOSTIC. — Nous portons celui de pseudo-paralysie spécifique de Parrot.

TRAITEMENT. — L'enfant est mis au repos et à la liqueur de Van Swieten, XX gouttes par jour en augmentant jusqu'à XXXX gouttes ; on frictionne la partie malade avec de l'onguent napolitain tous les deux soirs ; un enveloppement chaud et sec de l'article complète le traitement.

La température est prise régulièrement : le 25 novembre le thermomètre marque 37°2, la liqueur de Van Swieten paraît avoir provoqué des vomissements, l'un le premier jour où les gouttes ont été données et trois autres deux jours après. Les selles restent normales.

Au bout de cinq jours de traitement, nous constatons une grande amélioration du genou : l'empâtement a disparu et la circonférence est descendue à 19 cent. ; la

mobilisation devient indolore; la jambe, qui restait à angle droit sur la cuisse, peut se mettre maintenant à angle obtus. On suspend alors l'administration des gouttes, mais on continue les frictions.

Le 2 décembre, l'enfant allonge complètement la jambe; il est revu le 21 décembre, le genou est absolument normal.

Le traitement est continué sous forme de frictions et de liqueur de Donovan.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Le tableau clinique, les antécédents, le Wassermann, la radiographie, le traitement et les résultats obtenus étaient les divers éléments qui permettaient de poser le diagnostic. Nous allons procéder à leur étude successive et voir ainsi quelle a été la valeur et l'utilité de chacun d'eux.

A) Tableau clinique

La lecture attentive des deux observations montre que l'une et l'autre reproduisent, à peu de chose près, le tableau clinique tout à fait typique de la pseudo-paralysie. Après avoir souligné les concordances avec les descriptions classiques, nous noterons les quelques points particuliers qui s'écartent des signes habituels.

1° Concordances avec les descriptions classiques

Dans les deux observations nous remarquons d'abord que le début s'est produit au moment classique pour la pseudo-paralysie : le premier malade a trois mois et

le deuxième quatre. On sait que cette affection, assez rare puisqu'elle ne frappe que 5 p. 100 environ des hérédosyphilitiques, s'observe dans la grande majorité des cas pendant les trois premiers mois de la vie, le troisième surtout. Ces limites étroites peuvent sans doute être largement dépassées dans les deux sens, puisque l'on a parfois constaté cette maladie dès la naissance et d'autre part jusqu'au 8^{me} mois ; mais il n'en demeure pas moins vrai que ces deux sujets ont été atteints au moment le plus favorable, celui où la région juxta-épiphyssaire est le siège de la plus grosse activité physiologique, et cette notion d'âge a bien son importance.

Le début s'est aussi produit de la manière classique, insidieusement, sans traumatisme antérieur, sans douleurs spontanées, sans phénomènes généraux. Un jour, chez un enfant jusqu'alors en bonne santé apparente, les parents s'aperçoivent du premier symptôme qui les frappe et les alarme, c'est l'impotence fonctionnelle : un membre est inerte.

Dans l'observation *A* le membre supérieur pend le long du corps, l'avant-bras en demi-flexion sur le bras. Dans l'observation *B* la jambe pend encore immobile et en demi-flexion. Dans les deux cas, ce qui domine, c'est l'immobilisation dans une attitude fixe, c'est l'impotence. Mais par un examen plus attentif on va voir que celle-ci n'est cependant pas absolue et qu'en dehors d'une articulation lésée la mobilité active et passive est bien conservée.

Pour cela faire, voici le conseil que donne Parrot : « Pour étudier complètement l'état des enfants et se rendre un compte exact du degré de leur impotence, il faut les tenir suspendus par les aisselles et examiner les membres. Quand l'affection est très prononcée, le ma-

lade semble disloqué, ses membres pendent comme des battants de cloche et ne peuvent être relevés. Lorsqu'on pince la peau, les muscles se contractent très énergiquement, mais les muscles ne sont que faiblement déplacés ou même ne le sont point du tout. » A part la dislocation absente, c'est exactement ce qui a été constaté chez ces deux malades. Tout déplacement en masse étant impossible, de petits mouvements animent les doigts et les poignets, les orteils et les cous-de-pied. Ces mouvements, ébauches de défense, provoqués en pinçant la peau, prouvent bien que les muscles sont intacts, que la sensibilité est conservée, qu'il n'y a donc pas paralysie véritable mais seulement pseudo-paralysie.

A côté de l'impotence, un autre symptôme important est constitué par la douleur; nous le trouvons ici très net et caractéristique. Tant que les enfants faisant l'objet des deux observations sont immobiles, ils ne paraissent pas souffrir: ils crient dès que l'on touche à leur membre inerte et qu'on essaie de provoquer des mouvements au niveau de l'articulation correspondante. Cette pseudo-paralysie est donc en réalité une impotence par lésion douloureuse, lésion qui peut être révélée encore et localisée par la pression au niveau de la partie haute du col chirurgical de l'humérus (observation A), de l'extrémité inférieure du fémur (observation B). Le caractère de cette douleur, non spontanée mais provoquée, au niveau d'une région juxta-épiphysaire ne fait jamais défaut dans la maladie de Parrot et constitue un signe de la plus grande valeur.

Un autre fait important à signaler, c'est l'augmentation de volume de la région douloureuse. A cet endroit on note un épaissement, un gonflement très sensible (3 centimètres dans une observation). Par la palpation

on se rend compte que cette tuméfaction est juxta-épiphyssaire et qu'elle est osseuse. Intéressées toutes deux dans leur zone fertile, extrémité supérieure pour la première, extrémité inférieure pour la seconde, les parties du squelette lésées ont été l'humérus (observation *A*) et le fémur (observation *B*). Ceci encore entre tout à fait dans le cadre de la pseudo-paralysie qui frappe de préférence les os longs (l'humérus surtout), le crâne, l'omoplate, l'os coxal, les vertèbres, etc., n'étant atteints que dans les cas extrêmement accentués.

2° Différences avec les descriptions classiques

Dans les deux observations nous trouvons constatée la conservation d'un bon état général. Bien que ce fait ne soit pas exceptionnel il est cependant assez rare. Les nourrissons atteints de pseudo-paralysie présentent le plus souvent, en effet, le type de l'hérédo-syphilitique décrit par Parrot, « aspect vieillot, cachectique, peau bistrée et ridée, paupières et lèvres fissurées, gros foie, éruptions, etc. ». Le diagnostic est alors de ce fait bien facilité, il devient même évident. Mais dans les deux cas qui nous intéressent il s'agit d'enfants fort beaux chez lesquels les plus minutieux examens n'ont décelé aucune autre marque de spécificité. C'est donc sans l'indice précieux de lésions syphilitiques concomitantes que la nature véritable de l'affection a dû être déterminée.

Si la localisation à l'humérus (observation *A*) est tout à fait classique, il n'en est pas de même de celle de l'extrémité inférieure du fémur (observation *B*) : cette dernière est infiniment plus rare d'après les statistiques. Mais un fait bien plus remarquable encore est commun

aux deux observations, nous devons le signaler : les deux malades ont présenté une localisation unique, chez eux une seule zone juxta-épiphysaire a été lésée. Or nous savons que la maladie de Parrot n'aime pas l'atteinte isolée d'un seul membre ; généralement ce sont les deux membres supérieurs qui se prennent en premier bien simultanément ou à peu d'intervalle, puis les inférieurs. Il nous est permis de penser que, si dans les deux cas la localisation est restée isolée, cela est dû au traitement approprié qui a suivi un diagnostic très précoce.

Sans doute, pour cette même raison encore, on n'a pas eu à constater le phénomène de la fluctuation que l'on rencontre lorsque les lésions ont évolué jusqu'à la suppuration. Celle-ci se fait alors sous le périoste, mais il n'est pas rare de la voir progresser jusqu'à la peau ou jusqu'à l'articulation au travers de l'os et de la synoviale.

Nous ne trouvons enfin signalées ni la crépitation osseuse, rendue molle et obscure par la présence du tissu gommeux, ni la dislocation par solution de continuité qui donne aux membres atteints l'aspect ballant de battants de cloche. Ces symptômes, pourtant classiques puisqu'ils ont fait appeler encore la maladie de Parrot « Disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques », font ici défaut. Ceci s'explique : nous avons affaire à deux cas peu avancés, dont l'évolution a été arrêtée avant que d'être arrivée à la phase où ces signes pouvaient être constatés.

3° Valeur de ces éléments au point de vue du diagnostic

En résumé, les deux observations nous fournissent les éléments les plus caractéristiques décrits dans la pseudo-

paralysie de Parrot. Chez un nourrisson âgé de 3 à 4 mois, en bonne santé apparente, sans fièvre, on constate cette triade symptomatique : impotence d'un membre, douleur provoquée au niveau d'une région juxta-épiphyssaire, tuméfaction de la région douloureuse. Ces données suffisent-elles à poser un diagnostic clinique ? Rappelons brièvement les affections avec lesquelles on aurait pu avoir affaire.

Les enfants paraissent paralysés. La notion de l'âge, celle de l'absence de phénomènes généraux, de douleurs spontanées et de commémoratifs, l'impotence localisée à une articulation font éliminer les hypothèses de paralysies cérébrales congénitales ou acquises, de poliomyélite infantile, de paralysies obstétricales, de syphilis cérébro-spinale.

Les enfants souffrent en un point bien localisé et notablement tuméfié. L'âge, le siège juxta-épiphyssaire de la lésion, l'absence de commémoratifs, de fièvre et de douleurs spontanées, l'évolution, font éliminer à leur tour les lésions traumatiques (contusions, luxations et fractures), l'ostéomyélite infantile, l'arthrite tuberculeuse, le scorbut infantile de Barlow.

Par ce court exposé nous voyons que les éléments fournis par le tableau clinique de ces deux cas étaient suffisants pour poser un diagnostic clinique.

B) Autres éléments du diagnostic

Le diagnostic qui s'affirmait ainsi vraisemblable cliniquement pouvait se préciser encore, se vérifier par la connaissance des antécédents, par les recherches de

laboratoire, par la radiographie et par le traitement spécifique.

Quelle a été, quelle pouvait être l'utilité de ces éléments et quelle confirmation ont-ils apportée ?

1° Antécédents

La connaissance des antécédents a une importance capitale dans cette affection au diagnostic parfois délicat, et une source de renseignements précieux, qu'il faut toujours rechercher, est constituée par l'interrogatoire des parents.

Du côté de l'enfant, se trouve-t-on en présence d'un nourrisson né avant terme, le placenta était-il anormal, etc. ? Dans l'observation *A* nous ne trouvons signalée qu'une naissance 15 jours avant terme. Dans l'observation *B* nous remarquons seulement quelques coryzas. Ce sont là des faits en vérité trop isolés, trop insignifiants pour pouvoir orienter le diagnostic.

Du côté des parents et quand on peut l'avoir, la notion de spécificité avérée est d'un grand secours, sinon la recherche devient plus difficile. C'est ici le cas. Rien ne peut faire supposer la syphilis dans les antécédents héréditaires, il n'est signalé en outre ni avortements, ni accouchements prématurés, ni suites de couches anormales, etc. On aurait recherché les cicatrices de chancre, les éruptions suspectes, les gommes, etc., mais l'examen n'aurait peut-être pas été accepté, d'autant que la présence simultanée du père et de la mère rendait toute tentative de ce genre bien difficile, impossible même. Pour cette raison encore, l'interrogatoire n'a rien donné non plus, mené comme il devait l'être en pareille cir-

constance avec une prudente circonspection. Le drame conjugal étant à éviter, le mieux en l'occurrence était de prier le père de revenir seul sous un prétexte quelconque pour pouvoir ainsi l'interroger, l'examiner à loisir. C'est bien ce que nous trouvons dans l'observation B, mais il serait exagéré de considérer comme un aveu le fait que le père s'est abstenu de reparaitre ; il est simplement permis d'y penser.

En somme, la recherche des antécédents de ces deux malades n'a point donné de renseignements précis pouvant servir au diagnostic.

2° Recherches de laboratoire

On n'a pas eu recours au Wassermann dont la valeur démonstrative aurait pu être considérable mais non absolue.

Positif, il aurait été d'un grand secours.

Négatif, la notion qu'il en est bien souvent ainsi chez les hérédo-syphilitiques aurait empêché de rejeter un diagnostic qui s'affirmait cliniquement.

3° Radiographie

Pouvait-elle donner des résultats ? Dans un cas elle a été faite (observation A) et n'a révélé aucune lésion appréciable. Cela n'a rien d'étonnant : d'abord parce qu'elle a été prise d'un seul côté, mais surtout parce qu'il s'agissait d'un sujet trop jeune, dont les os étaient trop transparents, dont les épiphyses surtout ne pouvaient être perçues aux rayons X. Tout au plus aurait-elle permis d'éliminer une fracture diaphysaire si la notion

de traumatisme n'avait pu être écartée d'une façon absolue.

L'épreuve radiologique, toujours indécise en pareil cas, ne devait donc apporter aucune lumière, aucun élément utilisable pour le diagnostic.

4^e Traitement

Enfin l'épreuve par le traitement spécifique est un élément de diagnostic de toute première importance.

Dans les deux observations le mercure a été l'unique médication employée, par voie gastrique sous forme de liqueur de Van Swieten, par voie cutanée sous forme de frictions à la pommade au calomel et à l'onguent napolitain.

Le salvarsan donnant chez le nouveau-né des résultats nettement inférieurs à ceux du mercure qui est merveilleusement supporté, c'est à ce dernier que l'on a eu recours. Si la liqueur de Van Swieten a provoqué vraisemblablement de légers incidents, les frictions ont, par contre, donné entièrement satisfaction et paraissent devoir être le procédé de choix.

Sous l'influence de ce traitement pierre de touche, le résultat ne s'est pas fait attendre. La rapide rétrocession des symptômes nous paraît avoir apporté une précision suffisante au diagnostic qui se trouvait ainsi sérieusement confirmé.

C) Résultats obtenus

Dans les deux observations nous notons d'abord que les lésions sont restées isolées ; nous voyons ensuite

qu'en moins d'un mois, en quelques jours, le membre atteint a retrouvé son aspect normal et sa fonction normale, que les douleurs ont disparu.

On a bien publié des cas où cette affection a évolué spontanément vers la guérison; mais ils doivent être fort rares d'après ce que nous savons de la ténacité des lésions de la syphilis osseuse, et ce qui corrobore cette opinion c'est que la médication spécifique bien appliquée, intensive même, n'est pas toujours efficace, n'a pas toujours raison de la maladie de Parrot. L'heureuse influence du traitement dans les deux cas qui nous intéressent est due apparemment à son application précoce, d'où nécessité d'un diagnostic précoce.

De ce fait le pronostic a été transformé; il paraît devoir être favorable, la guérison étant survenue rapidement et à peu de frais. Et cependant il nous faut faire certaines réserves, car, même dans ces cas heureux où aucun autre signe de syphilis héréditaire n'a été observé, il ne faut pas oublier que la pseudo-paralysie n'en est qu'une manifestation. La maladie de Parrot guérie ne nous a pas moins laissé en présence de deux spécifiques qui doivent être traités comme tels sous peine de voir survenir plus tard chez eux les complications, les localisations du spirochète, d'où nécessité d'un traitement prolongé.

CONCLUSIONS

De l'étude de ces deux observations nous pouvons tirer quelques conclusions très brèves :

I. — Les deux formes se sont présentées avec des symptômes cliniques classiques et tels que, malgré l'absence de renseignements sur les antécédents, il a été possible de poser le diagnostic.

II. — La thérapeutique, faite très simplement, a consisté surtout en frictions mercurielles ; mais il est bien certain que le traitement spécifique ne doit pas s'arrêter là et qu'il doit être longuement poursuivi chez l'enfant et chez les parents.

III. — Il est superflu que nous insistions en terminant sur l'importance du diagnostic précoce qui a permis d'obtenir un résultat thérapeutique parfait.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 1^{er} mars 1921.

Le Recteur.

Jules COULET.

VU ET APPROUVE :

Montpellier, le 1^{er} mars 1921.

Le Doyen.

E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
